Comisión de Hacienda
Carpeta Nº 1600 de 2012

Versión Taquigráfica N° 1091 de 2012

# SEGURO NACIONAL DE SALUD

**Se dispone la incorporación progresiva de nuevos colectivos**

**Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 12 de junio de 2012**

**(Sin corregir)**

| | |
|---|---|
| **PRESIDE:** | Señor Representante Pablo Pérez González (Vicepresidente). |
| **MIEMBROS:** | Señores Representantes Gustavo Bernini, Irene Caballero, José Carlos Cardoso, Oscar Groba, Gonzalo Mujica, Susana Pereyra, Iván Posada, Alejandro Sánchez y Richard Sander. |
| **DELEGADOS DE SECTOR:** | Señores Representantes Pablo D. Abdala y Alfredo Asti. |
| **ASISTEN:** | Señores Representantes Daniel Bianchi y Álvaro Vega Llanes. |
| **INVITADOS:** | Por el Banco de Previsión Social, maestro Ernesto Murro, Presidente |
| | Por el Ministerio de Salud Pública, licenciada Elena Clavel, Directora del Seguro Nacional de Salud; y doctora Ana Alaniz, Asesora Legal de la Junta Nacional de Salud. |
| | Por el Ministerio de Economía y Finanzas, Economista Asesor Martín Valldecorba. |

**SEÑOR PRESIDENTE (Pérez González).- Habiendo número, está abierta la reunión.**

—— Esta Comisión tiene mucho gusto en recibir al Presidente del Banco de Previsión Social, maestro Ernesto Murro, a la Directora del Seguro Nacional de Salud, licenciada Elena Clavel, a la Asesora Legal de la Junta Nacional de Salud, doctora Ana Alaniz y al economista Martín Valldecorba, del Ministerio de Economía y Finanzas, a los efectos de considerar el proyecto sobre incorporación progresiva de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud.

**SEÑOR MURRO.- Agradecemos la invitación y la posibilidad de compartir información y puntos de vista.**

La comparecencia de esta representación colectiva de integrantes del Poder Ejecutivo pertenecientes al Ministerio de Economía y Finanzas, a la Junta Nacional de Salud y al Banco de Previsión Social, obedece a la forma interinstitucional en que estamos trabajando para llevar adelante estas nuevas etapas de avances en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Nos consta la intensa tarea que tienen por delante los señores legisladores en muy diversos aspectos de la vida nacional y las prioridades y clasificaciones que diariamente deben hacer para atender los distintos aspectos de la importante labor del Poder Legislativo. También destacamos la importante presencia de legisladores de los cuatro partidos políticos en esta sesión, hecho que mucho valoramos. Es una amplia representación política de distintos lugares del país y sabemos de la especialización con que enfocan el tema.

Luego de plantear todas esas constancias esperamos que nos comprendan y nos ayuden, porque creemos que en estos días la sociedad necesita que colaboremos a fin de aprobar este proyecto de ley lo antes posible. Este es el motivo fundamental de nuestra comparecencia.

Como se señala en la exposición de motivos del proyecto, recogiendo los antecedentes históricos del país en la materia, el proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud se inicia fundamentalmente en 2007 y ha sido objeto de proyectos de ley que han ido modificando, perfeccionando, corrigiendo y mejorando el sistema. Esta es una de esas instancias.

Les pedimos disculpas de antemano porque no venimos con tiempo suficiente para que ustedes puedan considerar esto como deberían, pero apelamos a vuestra responsabilidad, profesionalidad, amplitud y capacidad para que nos ayuden a superar las carencias de tiempo y que este proyecto de ley modificativo que perfecciona el sistema vigente en algunos aspectos pueda ser aprobado lo antes posible y acompañe el importante proceso de ingreso que se verificará dentro de solo quince días, el próximo 1º de julio.

En nombre del Poder Ejecutivo, del Banco de Previsión Social y me animaría a decir, atrevidamente, de miles de beneficiarios, le estamos pidiendo un esfuerzo -con el mayor respeto a la competencia de Poderes -y una colaboración en tiempo escaso al Parlamento nacional para aprobar modificaciones que son necesarias para la mejor implementación del sistema desde el próximo 1º de julio.

Este proyecto de ley incluye una serie de modificaciones que apuntan a mejorar y perfeccionar el sistema para diversos sectores. Los compañeros de la delegación del Poder Ejecutivo explicarán detalladamente algunos aspectos pero yo me voy a referir exclusivamente a dos de ellos que tienen que ver con facilitar el ingreso y mejorar las condiciones de ingreso para 190.000 jubilados y pensionistas dentro de quince días, el próximo 1º de julio, como está previsto en la Ley Nº 18.731.

Seguimos la dialéctica de ir aprendiendo, dialogando, mejorando y conversando con las partes involucradas y nos reunimos en todo el país con las organizaciones y asociaciones de jubilados y pensionistas; también lo hicimos en estos días reiteradamente con los prestadores de salud y con otras instituciones como las cajas paraestatales, lo que nos permite ir aprendiendo y corrigiendo para mejorar el sistema. A eso apunta el proyecto de ley que ustedes tienen a consideración.

Cuando uno dialoga con los mencionados sectores de la sociedad va aprendiendo, corrigiendo y viendo cómo pueden perfeccionarse los objetivos que, como uruguayos, tenemos planteados para -mejorar -la calidad de vida de nuestra población.

¿Qué es lo que está previsto para el 1º de julio? El ingreso de hasta 190.000 jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud. Hasta el momento tenemos 152.000 jubilados en el Sistema Nacional Integrado de Salud, unos 50.000 que ingresaron entre 1997 y 2007 por la Ley Nº 16.713, y unos 100.000 que ingresaron a partir de la reforma de 2008. Estamos en condiciones de duplicar, o más que duplicar, a partir del 1º de julio, el ingreso de jubilados, y por primera vez de pensionistas, al Seguro Nacional de Salud. Este ingreso se resume en dos colectivos: uno mayor, original, nuevo, que es el de aquellos que pagan de su bolsillo la cuota mutual a diciembre de 2010 y que son aproximadamente 160.000 personas, incluyendo jubilados y pensionistas. Pagan ellos o un familiar directo de su bolsillo o a través de convenios. Este es un colectivo muy importante; es una redefinición del ingreso al seguro que estableció la Ley Nº 18.731.

El otro colectivo que ingresa es el de aproximadamente unas 30.000 personas que julio a julio hasta 2016 irán incorporándose por parámetros de edad y de ingresos. A partir del 1º de julio ingresan los mayores de 74 años que perciben menos de 3 BPC, menos de $ 7.251 nominales por suma de sus pasividades. Sin duda, esto constituye un paso muy importante.

Se trata de un sistema solidario donde, en grandes números -esto lo podrá expresar mejor el economista Martín Valldecorba-, prácticamente, por cada $ 1 de aporte que realizan los jubilados y pensionistas, el fondo

solidario de la sociedad administrado por el Estado va a poner $ 4 para permitir un mejor acceso asistencial de esta población. Esto significa, además, buscar un sistema que otorgue más beneficios y que para el bolsillo del jubilado o pensionista resulte más económico. Para ello hemos buscado la mayor transparencia. Hoy en la página web de los organismos responsables de este proceso, incluido el Banco de Previsión Social, se puede acceder a un simulador para que cada persona, según el monto de su pasividad y lo que paga de cuota mutual de su bolsillo, pueda saber cuál es el ahorro que esto le significa. Este es un hecho que queremos destacar: la transparencia del proceso de integración al sistema. Eso está disponible, además de la web, en todas las instituciones prestadoras de salud y en todas las oficinas del Banco de Previsión Social de todo el país, y puede consultarse desde la ceibalita o -desde cualquier computadora.

Al mismo tiempo, estamos difundiendo los beneficios, que no solo consisten en lo que para la inmensa mayoría y en promedio va a significar un ahorro del orden del 20% del pago en el primer año del costo de la cuota salud, sino los beneficios previstos por las leyes vigentes en cuanto a órdenes y tiques de exámenes periódicos y chequeos gratis o rebajados. Además, en estos días a través de los medios de comunicación hemos tenido anuncios de que importantes instituciones y federaciones están aumentando esos beneficios más allá de lo previsto en la normativa vigente, lo cual nos alegra mucho porque significa no solo un respaldo de los beneficiarios -los jubilados y pensionistas -sino de los prestadores de salud al funcionamiento del sistema; y nos complace destacarlo.

En ese camino hemos encontrado aspectos que hay que corregir. Algunas correcciones implican solidaridad de la sociedad. Por ejemplo, ahora no habrá que pagar la cuota salud en la mutualista, en un agente de pagos ni utilizar una tarjeta de crédito o de débito, sino que se hará directamente por descuento de la pasividad, por lo que hemos querido proteger a los jubilados y pensionistas de menores ingresos con un tope de descuento en la pasividad de la cuota salud correspondiente. Eso es lo que se establece en el artículo 1º del proyecto cuando se limita a un 25% el descuento a la pasividad. Ese es un aspecto sustancial. ¿Por qué esto es importante? Porque nosotros queremos aplicar esto a partir del 1º de julio. A esa fecha, si es que los señores Diputados -reconociéndoles el esfuerzo y lo que señalamos al principio -pueden llevar adelante esta iniciativa a nivel del Poder Legislativo, queremos tener la norma habilitante para estar aplicando ese tope que beneficiará un poco más aún a aquellos jubilados y pensionistas de menores ingresos.

El segundo punto en el cual quería detenerme tiene que ver con el hecho de que se dé la opción -a diferencia de los demás -a aquellos jubilados y pensionistas de menores ingresos -quienes ganan menos de 2,5 BPC, o sea, menos de $ 6.043 nominales mensuales por su pasividad o suma de sus pasividades -de que manifiesten expresamente su idea de incorporarse. Estos son los dos aspectos a los cuales me quería referir.

Quiero agradecerles su atención y reiterar lo planteado al principio en cuanto a que nos consta que les estamos pidiendo un esfuerzo, a los efectos de poder atender mejor a la población de nuestro país.

**SEÑORA CLAVEL.- Después de esta introducción del Presidente del Banco de Previsión Social, me voy a referir a la sustancia de algunos artículos, que para nosotros son los fundamentales, reiterando lo expresado por el señor Murro sobre las disculpas en cuanto a la urgencia de la aprobación de este proyecto porque, básicamente, lo que hace es reparar algunas dificultades encontradas en la aplicación de las Leyes Nos. 18.731 y 18.732. Como él ya expresó, hay una primera parte que corrige un error detectado en el tercer inciso del artículo 3º de la Ley Nº 18.731, en cuanto a cómo se realiza el aporte por los jubilados y pensionistas. En dicha Ley decía "literal A)", cuando debió decir "literal E)".**

La novedad refiere a lo que mencionaba el señor Murro, que es el tope para el aporte de aquellas jubilaciones y pensiones de menor monto, establecido en el 25%, y el hecho de que sea opcional el ingreso para aquellos jubilados y pensionistas de hasta 2,5 bases de prestaciones y contribuciones.

El otro punto vinculado directamente al ingreso de jubilados y pensionistas es el artículo 15, que especifica claramente la situación de aquellos que reciben reparación integral por la Ley Nº 18.596, porque en la interpretación existía la duda de si eso era considerado una pensión desde el punto de vista estricto con respecto al ingreso al FONASA. Lo que hace esta Ley es aclarar que esa es una partida especial reparatoria, pero en realidad, no tiene el mismo origen de una pensión común y, por lo tanto, el percibir esa pensión no configura derecho al FONASA. Entonces, no deberá aportar, ya que los amparados en esta ley tienen un régimen de cobertura de salud especial, que está contemplado en la Ley Nº 18.596. Por lo tanto, no parecía pertinente incluirlos en el FONASA, ya que el régimen de cobertura que tienen es especial para ellos.

Voy a dejar en manos del Ministerio de Economía y Finanzas los aspectos tributarios, que tienen que ver sobre todo con la corrección de algunos aspectos en cuanto a la devolución de aportes para las cajas de auxilio y el Fondo Notarial de Salud.

El artículo 13 presenta una corrección en cuanto a las potestades de la Junta Nacional de Salud para sancionar a los prestadores con los cuales firmó contrato de gestión. Originalmente esa sanción debía estar determinada por acto administrativo firme, pero aquí se presenta una calificación diferente; solo será necesario el acto administrativo firme cuando se trate de una suspensión definitiva o temporal del pago de las cuotas salud. Cuando la sanción se refiere a una retención, no será necesaria la determinación de acto administrativo firme. Quiero destacar que esto surge, en primer lugar, de un acuerdo con las propias instituciones prestadoras, cuando el año pasado se firmó el contrato de gestión entre ellas y la Junta Nacional de Salud. Cuando la Junta Nacional de Salud resuelve establecer una multa, es decir, una sanción que se traduce en una retención temporal del ingreso de las instituciones -el carácter de esa retención tiene por objeto que funcione como un aliciente para corregir aquel incumplimiento del contrato que da origen a esta sanción. Si esto se realizara por la vía del acto administrativo firme, el tan complejo proceso que corresponde a la determinación de firme del acto administrativo invalidaría el objeto de la sanción porque lleva tanto tiempo lograr que ese acto sea considerado firme que, de por sí, cuando fuera aplicado, podrían haber pasado muchos meses -tal vez hasta años -del hecho original y, por lo tanto, no serviría establecer una retención que funcione, de alguna manera, como un incentivo para corregir una conducta errónea. Por lo tanto, se acordó con las propias instituciones prestadoras que para ese tipo de sanciones serviría el acto administrativo simple y no el acto administrativo firme. Si hubiera alguna duda sobre esto, la doctora Alaniz podría especificar más sus alcances.

Me interesa destacar que esto fue acordado con las propias instituciones, porque tener un régimen sancionatorio que sea ágil es un beneficio para las propias instituciones.

El artículo 17 establece que por el colectivo de los jubilados y pensionistas que ingresa y que ya tiene una cobertura de salud particular, se pagará el 100% de las metas asistenciales. Los señores Diputados saben que, hasta el momento, el pago de la cuota salud está compuesto por una cápita -ajustada por edad y sexo -y por una meta asistencial, que es un indicador de "performance" sobre determinados requisitos que establece la Junta Nacional de Salud y que aquellos que cumplen con la meta que tienen establecida anualmente recibirán el pago correspondiente. Esto tiene una particularidad, y es que se paga solo sobre aquellos que están en el Seguro Nacional de Salud, pero se exige a las instituciones el cumplimiento sobre el 100% de la masa de afiliados. Por lo tanto, existe un desfase en cuanto a lo que hay que cumplir. Por ejemplo, la meta 1, que es el control del embarazo y del niño, tiene que ser realizado sobre el 100% de la población afiliada, pero se paga solamente por aquellos que están en el Seguro Nacional de Salud. El ingreso de los jubilados con esta forma particular significará para las instituciones el pago de la cápita de manera escalonada y no del 100% desde el primer año; en la Ley Nº 18.731 se establecía que eso también regía para la meta. Hemos considerado que eso es un error ya que, en realidad, la meta ya es exigible y, por lo tanto, pagar el 100% desde el momento del ingreso de los jubilados era de recibo, y de alguna manera mejora la posibilidad de realizar una buena "performance" desde el punto de vista de las instituciones.

Finalmente, el artículo 18 del proyecto también establece una novedad en cuanto al pago que realiza la Junta Nacional de Salud a las instituciones prestadoras de servicios, que es el financiamiento de proyectos de inversión que sean priorizados por el Ministerio. En la actualidad, ese financiamiento está incluido dentro del valor de la cápita, pero parecía relevante tener un pago adicional; así como las metas asistenciales permiten a la Junta direccionar el criterio por el que se establece determinada "performance" para ciertos indicadores de salud, en el caso de los proyectos de inversión se establecerá una sobrecuota que permita un financiamiento adicional. También permite que sea la Junta Nacional de Salud la que direccione hacia dónde van las inversiones del sector. Establece que esa sobrecuota -que se establece en un valor máximo de un 3% y por un período determinado -también debe tener una financiación de la propia institución. O sea que el 30% del proyecto a realizar tiene que ser financiado por la propia institución, pero ese proyecto debe ser presentado ante el Ministerio de Salud Pública y ante el Ministerio de Economía y Finanzas, y debe ser avalado por los dos.

Otra novedad -que tampoco es menor -es que una vez que la institución sea acreedora a esta sobrecuota de inversión, deberá presentar a los Ministerios -de la manera que establecerá la reglamentación -los avances de obra -en el caso de que así corresponda -y, efectivamente, demostrar el uso de los recursos para aquello que el proyecto estableció. Además, fija un criterio muy claro a la hora de presentar los proyectos: en el caso de

una obra edilicia, debe estar establecido cuánto dinero es para materiales y cuánto para mano de obra. Todo debe estar determinado en el proyecto para ser aprobado y, repito, lo más importante es que la reforma debe ser de interés del Ministerio. Eso no significa que las instituciones no puedan tener otros proyectos que también requieren del aval del Ministerio, pero lo que hace es direccionar hacia dónde queremos que se realicen los proyectos. Por ejemplo, para este primer año se ha planteado a las instituciones que una parte de ese dinero debe estar destinada a la informatización y digitalización de las historias clínicas y de todo el sistema de información de las instituciones. Esto es considerado por el Ministerio de Salud Pública y por el Ministerio de Economía y Finanzas como uno de los saltos cualitativos más importantes en la atención de las personas. A mediano plazo, las personas podrán tener una historia clínica digital. Por lo tanto, como ello requiere de proyectos de inversión de determinada envergadura, se ha acordado con las instituciones que parte de esta sobrecuota se destine a lo que sea necesario para ese proyecto, sea para la inversión en conectividad, pera la renovación del parque tecnológico o para la construcción de los proyectos de informatización que sean necesarios.

**SEÑOR VALLDECORBA.- Voy a ser muy breve. Complementaré las exposiciones del señor Murro y de la licenciada Clavel y haré alguna referencia específica a algunos de los artículos que están planteados en el proyecto.**

El artículo 1º ya ha sido comentado por el señor Murro y por la licenciada Clavel. De todas maneras, quisiera realizar dos comentarios adicionales. En primer lugar, otra de las modificaciones que se prevén en el proyecto tiene que ver con la exclusión de los ingresos por jubilaciones y pensiones militares y policiales, porque la Ley Nº 18.731 había excluido a los jubilados policiales y militares, pero no habían quedado excluidos los casos de quienes pudieran tener dos ingresos: uno del Banco de Previsión Social o de una caja paraestatal, y una jubilación o pensión militar o policial. Por lo tanto, de la Ley Nº 18.731 surgía la necesidad de aportar sobre esos ingresos. En esta modificación se están excluyendo, a título expreso, los ingresos por jubilaciones y pensiones policiales y militares.

El segundo aspecto que se incluye en la modificación del artículo 3º -que se propone en el artículo 1º del proyecto -tiene que ver con la situación que se da en el caso del ingreso de los jubilados y pensionistas que ya eran afiliados individuales, sobre los cuales el régimen de aportación en la transición no se puede expresar como un porcentaje de la jubilación, sino que surge de la comparación del costo de la cuota promedio del sistema con el aporte que deberían realizar. Por lo tanto, en los casos en los cuales se tiene más de una jubilación por más de un organismo previsional, surgen dificultades de implementación. Este proyecto de ley especifica que es el Banco de Previsión Social el que definirá el cálculo global del aporte que debe realizar esa persona. Es el propio Banco de Previsión Social el que asigna, en primer lugar, al ingreso de mayor cuantía, que es sobre el que, en primera instancia, se aplicará el descuento. De alguna manera, son aspectos operativos que fueron dejando en evidencia la necesidad de introducir algunos ajustes cuando se empezó a analizar la implementación del ingreso de jubilados y pensionistas al sistema.

Sobre ese mismo artículo, quiero aportar el costo que tendrá, que seguramente es de interés conocerlo por parte los señores Diputados. Este artículo es uno de los tres componentes del proyecto que tiene costo fiscal. En este caso, el costo se deriva del tope en los aportes del 25% del total de ingresos -como comentó el señor Murro -por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasivos similares. Esto beneficia a todos aquellos jubilados y pensionistas con ingresos inferiores a $ 4.728, a valores actuales; más de 8.000 jubilados y pensionistas se verían beneficiados por este tope. La aplicación de esta disposición en los primeros doce meses implicará una reducción de los ingresos previstos originalmente por este colectivo del orden de los US$ 2:800.000; ese será el costo inicial. Este costo irá decreciendo y desaparecerá en el año 2016 porque -como recordarán los señores Diputados -se prevé un cronograma gradual, una transición, que converge en el aporte que corresponde, de acuerdo con el régimen general. Para los primeros años aplica esta disposición que fija como tope de los aportes un 25%.

En los artículos 4º y 5º del proyecto de ley se especifica el alcance que tienen las disposiciones previstas en las Leyes Nos. 18.731 y 18.732 respecto a cómo opera la devolución de aportes que exceden lo que se establece en la ley, que es la referencia al costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, incrementándola en un 25%. En este caso, se debe tener en cuenta la situación de quienes formaban parte de una caja de auxilio, de un seguro convencional o del Fondo Sistema Notarial de Salud. Las Leyes Nos. 18.731 y 18.732 prevén un régimen de transición en los aportes y durante esta transición, inicialmente, parte de los aportes se realizan a la caja de auxilio o al Fondo Sistema Notarial de Salud y otra parte se destinan al

FONASA. En estos artículos se especifica que a los efectos de la devolución, se consideran exclusivamente los aportes que efectivamente se realizan al FONASA y no los que se destinan a las cajas de auxilio o al Fondo Sistema Notarial de Salud, que tienen como objetivo financiar otras prestaciones que no son las que brinda el Seguro Nacional de Salud.

En los artículos 6º a 9º se hace referencia a una serie de subsidios y prestaciones que brindan la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias, la Caja Notarial de Seguridad Social, la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios y las cajas de auxilio o seguros convencionales, se especifica el tratamiento a dar a los efectos de los aportes al Fondo Nacional de Salud -FONASA -y se establece cuál será la base imponible sobre la que se aplicarán esos aportes.

El artículo 16 del proyecto de ley modifica el régimen vigente a los efectos de determinar el monto a pagar a los seguros integrales. El régimen establecido en la Ley Nº 18.211, que fue concebido para los trabajadores dependientes que realizan aportes mensuales al FONASA, prevé que a los efectos de determinar cuánto se paga al seguro integral se debe comparar el aporte mensual del trabajador dependiente con el costo de la cápita para el seguro, determinándose que en ningún caso se pagará al seguro un valor que supere el aporte que efectivamente el trabajador realizó. Cuando ingresaron los profesionales a partir de la Ley Nº 18.731, se presentó la particularidad de que, dado el régimen laboral que tienen estos trabajadores no dependientes, sus ingresos no son mensuales y pueden tener una cadencia y periodicidad mayor, por lo que la ley determinó que, en estos casos, no se realicen aportes mensuales, sino que se les aplique un tributo anual que se liquida sobre la base de anticipos. Por lo tanto, se vio la necesidad de modificar el régimen previsto para el pago de los seguros integrales a los efectos de contemplar esta particularidad. A esos efectos, en lugar de hacer la comparación mes a mes entre el aporte y el pago al seguro, lo que se prevé en el artículo 16 del proyecto de ley es definir una cuenta corriente que compare el acumulado de los aportes que efectúan estos trabajadores no dependientes con los pagos que se realizan a todos los beneficiarios de esta cobertura. De esa manera, se contempla la particularidad de que, eventualmente, estos trabajadores no aporten todos los meses, realizando aportes con menor periodicidad, pero con mayor volumen. El artículo 16 intenta corregir dificultades que fueron surgiendo en la implementación de la Ley Nº 18.731.

El artículo 17 ya fue comentado por la licenciada Clavel. Esto surge de la negociación con los prestadores de salud, en el marco de los contratos de gestión. Este es el segundo artículo del proyecto que tiene un costo fiscal. En este caso, también se trata de un costo fiscal transitorio porque el régimen previsto en la Ley Nº 18.731 converge al pago del 100% de las metas. Por lo tanto, lo que aquí se está haciendo es adelantar el pago de ese 100%; en vez de establecer una cadencia de un 20%, 40%, 60% u 80%, como estaba previsto originalmente, se paga directamente el 100% desde el primer momento. Este es un costo que se irá reduciendo en el transcurso del tiempo. El costo inicial para los primeros doce meses será de US$ 6:800.000, aproximadamente. Como dije, a partir del año 2016 no tendrá costo, siendo decreciente en los próximos años.

El artículo 18 prevé la sobrecuota de inversión. Trasladamos a la Comisión el costo que implicará este artículo, pero quiero hacer algún comentario sobre la lógica y la necesidad de esta sobrecuota. Como fue señalado por la licenciada Clavel, cuando se consideró el costo de funcionamiento de las instituciones a efectos de determinar el valor de las cápitas, se computó como parte del costo las amortizaciones por el equipamiento y los inmuebles. Por lo tanto, la inversión por reposición en la que deben incurrir las instituciones es un costo que está contemplado en las cápitas y, por lo tanto, no requeriría inversión adicional. ¿Qué aspecto de la inversión se puede considerar que no está contemplado en las cápitas? El que tiene que ver con las inversiones incrementales. ¿De qué pueden surgir? Estas pueden obedecer a un aumento en el número de usuarios -lo que obliga a realizar nuevas inversiones tanto edilicias como de equipamiento -o a nuevas prestaciones o funciones que deban cumplir las instituciones. Pensemos, por ejemplo, en el caso de la inclusión de las prestaciones vinculadas con la salud mental -ello podía requerir nuevas inversiones que no están contempladas en la inversión de reposición-, cuando se cambia el régimen de trabajo médico, pasando de atender a seis pacientes por hora a cuatro pacientes por hora -eso también tiene implicancias desde el punto de vista de las necesidades en materia de infraestructura-, o cuando es necesario implementar algunos proyectos, como la historia clínica electrónica. Por lo tanto, esta sobrecuota de inversión es, precisamente, para financiar aquellos proyectos que obedecen en su fundamento y necesidad a inversiones incrementales, aspecto que no estaba contemplado en las cápitas. El diseño fue comentado por la licenciada Clavel, por lo que simplemente voy a comentar que esta sobrecuota comienza a regir el 1º de enero de 2013, a diferencia de los otros componentes, que comienzan a regir el 1º de julio. Esto tendrá un costo estimado de US$ 35:000.000. En última instancia, el costo final dependerá de la evolución de los afiliados al FONASA -no a

ASSE-, que es el alcance que tiene esta sobrecuota. Nosotros estamos trabajando con una estimación de los afiliados al FONASA, no a ASSE, a enero de 2013, que podría estar levemente por encima de 1:900.000 personas; sobre ese colectivo se llegó al monto que mencioné recién. Consideramos que este es un aporte muy importante al funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, en la medida en que va a permitir consolidar muchas actividades y mejorar la calidad en las prestaciones. Por lo tanto, constituye un aporte importante para profundizar los cambios que se vienen procesando en los últimos años en el sistema de salud, teniendo como último objetivo la mejora de la calidad asistencial para los usuarios.

**SEÑOR ABDALA.- Creo que ha sido muy ilustrativa la exposición que hemos escuchado y las explicaciones que se han brindado.**

Quiero hacer dos o tres preguntas complementarias. Por supuesto, me reservo las consideraciones políticas, aun en el acuerdo en general que en principio tenemos con estas disposiciones que están propuestas, para las instancias que corresponda seguir en esta Comisión o en el plenario de la Cámara. Por lo tanto, haré preguntas específicas que hacen al texto que estamos analizando de la forma más aséptica posible.

La primera consulta que quiero realizar tiene que ver con el artículo 1º, con la excepción establecida para los pasivos que ganan menos de 2,5 bases de prestaciones y contribuciones, quienes tendrán la opción de incorporarse o no al FONASA. En función de que tienen que hacer esa opción en un plazo relativamente breve y de que la opción implicará manifestar su voluntad de incorporarse, en caso de querer hacerlo, ¿de qué forma el Poder Ejecutivo está implementando ese aspecto que, a mi juicio, hace a la comunicación? ¿Ha puesto en conocimiento de quienes se encuentran en esa situación jurídica que tienen ese derecho u opción? Entiendo que, a estos efectos, hay plazos que son perentorios. La ignorancia de la ley no sirve de excusa, pero todos sabemos que la implementación de estos aspectos y el mejor goce de estos derechos obviamente reclaman una debida información. Ese es un aspecto que quiero dejar planteado para saber de qué forma lo está manejando la Administración, teniendo en cuenta, además -reitero-, la perentoriedad de los plazos.

La segunda pregunta tiene que ver con el artículo 6º, relativo a los subsidios que sirven las cajas de auxilio y las cajas paraestatales. Antes estos subsidios no estaban gravados pero, a partir de ahora lo estarán, en la medida en que este proyecto de ley prospere. ¿Esto implica una equiparación con el régimen general, es decir, con el resto del Banco de Previsión Social? Pregunto esto a los efectos de aquilatar el alcance de la disposición. Presumo que así es, pero como no fue dicho -por lo menos, no lo advertimos-, lo pregunto.

Con relación al artículo 13, la explicación fue clara en un sentido doble, porque esto habría sido acordado con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, con los prestadores de salud en general, y porque hace a una razón práctica, según se dijo. De cualquier manera, creo que la circunstancia de que el acto administrativo que dispone, por ejemplo, la suspensión del pago de las cuotas no se convierta en acto firme no implica que necesariamente la sanción no se lleve a cabo porque la Administración está en condiciones de levantar el efecto suspensivo y seguir adelante, sin perjuicio de la vía recursiva que paralelamente se vaya tramitando. Pregunto dónde estaría la verdadera objeción o dificultad formal, más allá de que queda pendiente, por supuesto, la dilucidación de los recursos administrativos eventuales y de un posible juicio al Estado ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Anoto que esto habría sido acordado con los prestadores, pero independientemente de eso, como legisladores tenemos que hacernos una idea cabal de qué estamos resolviendo. Me da la impresión de que no habría suspensión de esa acción de sanción por parte de la Administración en la medida en que -reitero -los recursos no suspenden por sí mismos el acto administrativo y de que la Administración siempre tiene la facultad de levantar el efecto suspensivo.

El artículo 14, que creo no fue abordado específicamente por la delegación, me parece que es delicado; tiene que ver con las certificaciones de los trabajadores que se enferman y, por lo tanto, faltan a su trabajo. Me consta, porque ha tomado estado público, que en el Banco de Previsión Social hay algunos informes preocupantes en ese sentido; la Directora Domínguez y el Directorio en su conjunto pusieron de relieve una situación preocupante en cuanto a cómo se dispararon las certificaciones en el último tiempo y el ausentismo laboral por certificaciones que, por lo menos, dejan dudas, tal como fue trasmitido. Me queda claro que la solución implicaría que no será suficiente con la certificación del prestador de salud concreto, sino que el Banco de Previsión Social tendrá la potestad de revisar esa certificación que da el organismo particular. La pregunta que quiero formular es de qué manera o con qué criterios esto se va a manejar, teniendo en cuenta una cuestión de tiempos. No sé en qué medida esto puede retrasar o no el procedimiento para certificar la enfermedad de un trabajador que justifique, por lo tanto, su ausencia en su lugar de trabajo. Pregunto al

Presidente del Banco de Previsión Social de qué manera el Banco de Previsión Social piensa procesar esta solución, que seguramente es legítima y atendible por una realidad que -reitero -tomó estado público y, por lo pronto, no nos proponemos desconocer y aceptamos como un problema real, porque así fue dicho por el Directorio del Banco de Previsión Social.

Sin perjuicio de poder realizar alguna consulta posterior, estas son las preguntas que dejamos planteadas.

**SEÑOR VEGA LLANES.- Con relación al sistema de certificación, me parece totalmente razonable que el Banco de Previsión Social tenga la potestad de revisarlo. El sistema actual consiste en que el usuario realiza la consulta y el médico hace un certificado en una doble vía, enviándose una de ellas al Banco de Previsión Social -el trámite lo hace la institución -y la otra queda como constancia para el usuario. Me parece que es un sistema muy bueno, pero estas situaciones sin control pueden generar "la lapicera fácil" -también tiene otros nombres-, por lo que me parece bueno que haya una fiscalización por parte del Banco de Previsión Social. Este acto debe tener algún tipo de contralor a efectos de que todos sepan que lo que se está certificando en algún momento podrá ser evaluado, a efectos de evitar las certificaciones de favor, que son un mal que nos ha aquejado desde el comienzo de la medicina.**

Las certificaciones que existen en la Enseñanza, que son muchas, siempre las hace un médico. Eso ha dado como resultado que las clases no se cumplan a cabalidad. Me parece que es bueno que el Banco de Previsión Social tenga -no quiero contestar al Diputado Abdala; seguramente lo hará algún integrante de la delegación aquí presente-...

**SEÑOR ABDALA.- ¿Me permite una interrupción?**

**SEÑOR VEGA LLANES.- Sí.**

**SEÑOR ABDALA.- No es necesario que el Diputado Vega Llanes me conteste, entre otras cosas, porque la pregunta estaba dirigida a la delegación. Por otro lado, yo no dije que estuviera mal que el BPS hiciera esto. Lo único que pregunté es cómo lo iba a hacer, y eso lo tiene que contestar el BPS.**

**SEÑOR VEGA LLANES.- Disculpe, en realidad, lo estábamos conversando con el señor Diputado Bernini y lo terminamos públicamente.**

**SEÑOR ABDALA.- No sabía cuál era el mecanismo hoy.**

**SEÑOR VEGA LLANES.- Claro.**

Voy a apoyar el proyecto de ley porque es un instrumento que pide el Poder Ejecutivo. No obstante ello, tengo algunas certezas y dudas en cuanto a que algunos aspectos no son del todo convenientes.

Primero, me parece que es bueno alinear la semántica, porque no estoy seguro que en algún lugar se mencione al Seguro Nacional de Salud. El término Seguro Nacional de Salud se manejó en oportunidad de la elaboración de la ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, pero no es una entidad definida. En realidad, hay dos entidades: el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud. No queda claro a qué nos referimos cuando hablamos del Seguro Nacional de Salud. Y cuando uno elabora una ley es bueno que tenga vínculos con todas. Si bien es cierto que en la Ley Nº 18.731 ya se usaba ese término, habría que revisar desde el punto de vista legislativo si está referido a algo. Tengo la impresión de que no, pero me puedo equivocar.

Lo segundo que me parece bueno corregir va en el sentido de que los jubilados ya están en el Sistema Nacional Integrado de Salud. El sistema refiere a la salud, después, si pagan la cuota de su bolsillo o a través del Fondo Nacional de Salud es otra cosa, pero esto no quiere decir que estén por fuera del sistema. Esa es una explicación que intenté darle a Sixto Amaro varias veces cuando estuvo acá y en la Comisión de Salud Pública, pero no fue sencillo. Me parece bueno alinear ese discurso, porque en realidad en el sistema están, tienen un pago de cuota mutual o una afiliación a ASSE distinto al de los demás, que no entra por el Fondo Nacional de Salud pero están en el sistema, porque al sistema lo integran todas las instituciones mutuales y

públicas que hicieron acuerdo. Quienes no estarían en el sistema hoy son los integrantes de las Fuerzas Armadas y de la Policía, que tienen sistemas de salud paralelo, y no sé que va a pasar con ellos; pienso que en algún momento se integrarán. Como bien me acota el señor Diputado Asti, también los municipales están por fuera. Creo que en ese sentido ha habido algún esfuerzo.

Esas son las cosas que creo deben tenerse en cuenta.

Con respecto a las sanciones, si hay un acuerdo está bien, pero me parece que a veces hacemos un razonamiento por el contrario, en lugar de hacer uno más lineal. En realidad, si las sanciones y los actos administrativos demoran, lo que hay que hacer es mejorar esa gestión. Cuando existe una sanción, la aplicación de la misma -definitiva o no -termina siendo un proceso demasiado largo. Entonces, en lugar de dar algunas libertades, lo que podemos hacer es mejorar el sistema de sanción y de reclamos, y no mantenernos en ese principio de realidad de que como demoran, los sancionamos y después vemos.

Estas son sugerencias que estoy planteando con respecto a esto.

Tengo algunos desacuerdos que no empiezan con esta ley sino que continúan de la anterior y de la ley de devoluciones de los aportes de los profesionales. Me parece que esto no es un sistema solidario. Además, se habla exclusivamente de los temas mutuales y de que los jubilados y pensionistas pueden optar por el sistema ASSE. No sé cómo lo vamos a resolver porque la devolución es exclusivamente para las cuotas mutuales, o sea que los que aporten al sistema o elijan a ASSE, no me queda claro en qué situación van a quedar. Tengo dudas sobre cómo se incluyen en el artículo 1º y cuál es su participación en esto, porque en definitiva esa devolución no está referida a ASSE sino a una cuota mutual. Puede ser que haya un error de redacción. En tal caso, habría que corregirlo, porque ASSE también tiene una cápita, pero esto no está contemplado aquí.

Este proyecto merecería un estudio un poco más profundo porque hay cosas que no son sencillas de comprender -por lo menos para mí -y que me van quedando para atrás.

**SEÑOR MURRO.- Voy a tratar de reflexionar y hacer algún comentario sobre los interesantes planteamientos que nos hicieron.**

Les adelanto que tengo que retirarme porque en un rato se producirá un hecho muy importante, del cual ustedes también son parte. Me refiero a una conferencia de prensa que se realizará en el Hipódromo de Las Piedras para la promoción y la formalización del turf nacional, anunciando una serie de importantes medidas como parte de este proceso de inclusión de todo este tipo de actividades, y debo estar presente.

En primer lugar, como ustedes saben, la campaña informativa se está desarrollando a nivel nacional a través de los medios masivos de comunicación -radio, televisión, prensa escrita, la central montevideana -de los medios de comunicación del interior, de las páginas web de las instituciones participantes, de intensa comunicación con las organizaciones representativas de los jubilados y pensionistas, y de las organizaciones representativas de los prestadores de salud. Nos hemos reunido reiteradamente para informar de todos los detalles no solo operativos sino también de comunicación e información con las Cajas Paraestatales. O sea que venimos desarrollando reuniones explicativas del proceso de integración de estos colectivos al sistema en todo el país.

Con relación al planteamiento que se realizaba sobre las Cajas de Auxilio, podemos adelantar que también en esto se han dado avances importantes. El proceso iniciado en julio del año pasado para nosotros está absolutamente consolidado. Creo que se superaron preocupaciones existentes al respecto -algunas de ellas infundadas -por parte de algunos sectores directamente interesados. Se ha producido una integración absolutamente normal de los trabajadores y familias de las Cajas de Auxilio. Destaco lo de "familias" porque la inmensa mayoría de las Cajas de Auxilio no protegían a los menores ni a los jubilados, que desde que ingresaron al Seguro Nacional de Salud están protegidos. Además, recientemente el Directorio del Banco de Previsión Social ha extendido beneficios que las Cajas de Auxilio no proporcionaban a sus amparados, como por ejemplo, los de prótesis y lentes que sí tenían los ex DISSE o trabajadores de la actividad privada. Prestamos mucha atención a los planteamientos y estaremos muy atentos a los que se puedan presentar, porque en este proceso de inclusión aparecen estos desfases. A veces, cuando se integran colectivos diferentes, aparecen particularidades y realidades como las que estamos hoy estudiando junto con la CEPAL

en eventual inclusión futura de los municipales, lo que está previsto en la ley, aunque sin fecha. Estamos analizando la diversidad que existe en esos colectivos.

**SEÑOR ASTI.- Respecto al punto anterior sobre el que preguntó también el señor Diputado Abdala relativo a la opción que tienen los pasivos con ingresos menores a 2,5 Bases de Prestaciones, se establece que lo harán cuando manifiesten su voluntad. No está establecido un plazo. De aquí al 2016 pueden ingresar en cualquier momento. Cuando hagan la opción, ingresan. No pierden ningún derecho por no hacerlo al 30 de junio de este año. ¿Es correcta esa interpretación?**

**SEÑOR MURRO.- Es una diferencia positiva específica para este colectivo.**

Voy a hacer una precisión con respecto al sistema de certificación laboral. Quiero aclarar que algunas informaciones de prensa que se han realizado con relación al sistema de certificación laboral no son expresiones institucionales del BPS; son expresiones vertidas con todo derecho por una señora Directora, pero quiero destacar que no son institucionales del BPS.

En este sentido, también quiero hacer algunas aclaraciones, a modo de información y de complementación de cómo funciona el sistema. En el interior del país la certificación laboral siempre la hicieron las mutualistas. En Montevideo había que ir a la mutualista y después al BPS. En general, en el sector público, la hacen los organismos públicos. Por tanto, el sistema es más diverso y complejo. Creo que tenemos que tender hacia un sistema nacional de certificación laboral, y a eso apunta el Sistema Nacional Integrado de Salud, inclusive los contratos de gestión que la JUNASA está celebrando con los prestadores. Al mismo tiempo, se están tomando medidas al respecto. Por ejemplo, se están explorando las posibilidades de auditoría como las que pudiera realizar el Fondo Nacional de Recursos o las potestades que se establecen para el Banco de Previsión Social, a las cuales no hemos renunciado.

Además, como comentario -está a disposición toda la documentación que los señores legisladores puedan solicitar -quiero señalar que en algunas expresiones de prensa se ha hablado solamente de un tema, que es el aumento que se ha dado de las certificaciones laborales por enfermedad. Pero eso hay que analizarlo dentro de un conjunto de factores que acontecen en el país. Simultáneamente a eso se produjo, por ejemplo, el ingreso de los amparados por las Cajas de Auxilio al Sistema, y los beneficiarios de las Cajas de Auxilio tenían un mayor porcentaje de licencias por enfermedad que los beneficiarios generales del Sistema Nacional de Salud, de la ex DISSE administrada por el BPS. Paralelamente a eso, los señores Diputados votaron una ley -felizmente -que viene aumentando gradualmente el tope de subsidio por enfermedad, que hace que trabajadores que antes no tenían derecho a enfermarse por el bajo monto que percibían. Eso también fue una causante de aumento de las certificaciones médicas. También es normal -está demostrado por estudios nacionales e internacionales -que cuando hay un mercado laboral como el que felizmente tenemos en el Uruguay con la tasa de desocupación más baja de la historia, aumenten las certificaciones médicas. Digámoslo en un tono más vulgar. Es más probable enfermarse cuando hay mucho trabajo, que hacerlo cuando hay poco. Todas estas cuestiones están interrelacionadas.

Sin perjuicio de eso, se han tomado una serie de medidas tendientes a continuar perfeccionando el sistema de certificación nacional, que es muy bueno y, entre otras cosas, ha ayudado a disminuir costos, trámites, etcétera, porque en el caso de Montevideo, los trabajadores antes tenían que ir a la mutualista y luego al BPS. Además, hay que agregar todo lo que esto generaba. Hoy estamos destinando ese personal a estas cosas previstas acá, es decir, mejorar los mecanismos de auditoría y contralor.

A nivel internacional, Uruguay está en el rango de los mejores países de estándares internacionales de licencias por enfermedad con relación al total de los trabajadores. Estamos hablando aproximadamente del 3% de 1:000.000 de potenciales beneficiarios de la licencia por enfermedad. Países como Chile, están con porcentajes superiores al nuestro en cantidad de amparados a las licencias de enfermedad con relación al total de colectivos protegidos.

Espero haber ayudado en el avance de estas reflexiones.

Ahora me retiraré porque, reitero, debo concurrir al evento que mencioné y que constituye un avance importante en el proceso de inclusión social en el país a nivel de la actividad de los hipódromos.

(Se retira de Sala el señor Presidente del Banco de Previsión Social)

**SEÑOR VALLDECORBA.- Voy a hacer comentarios respecto a algunas de las consultas efectuadas.**

En cuanto a lo que señalaba el señor Diputado Abdala -el señor Murro ya se detuvo en el artículo 1º -sobre las distintas medidas de comunicación que se están implementando, debo decir que a partir de un decreto del Poder Ejecutivo se fue promoviendo la posibilidad de que los jubilados y pensionistas manifestaran su voluntad de ingresar. Esto no era necesario, pero de alguna manera permitía avanzar en esta dirección. Es decir que si bien no era necesario que se manifestara la voluntad de ingresar, ya está vigente y de hecho parte de la campaña publicitaria, de información y comunicación que está implementando el BPS conjuntamente con el Poder Ejecutivo está promoviendo que jubilados y pensionistas manifiesten su voluntad de incorporarse. Hablo de todos y no necesariamente de los que cobran menos de 2,5 Bases de Prestaciones. Esto de alguna manera va a contribuir a avanzar en esta dirección.

Con respecto a la consulta sobre el artículo 6º, efectivamente implica una equiparación al régimen del Banco de Previsión Social en lo que tiene que ver con los colectivos no amparados por el seguro. Por lo tanto, se consideró conveniente explicitarlo, más allá de que había interpretaciones que consideraban que ya estaban de alguna manera contemplados. Para que no existieran dudas se optó por explicitarlo, equiparándolos en todos sus términos al régimen general en el que rigen las prestaciones que hoy brinda al Banco de Previsión Social.

Voy a dejar que la consulta sobre el artículo 13 la aclare luego la doctora Alaniz.

La inquietud referida al artículo 14 estaba dirigida al señor Murro y ya fue evacuada.

Con relación a los planteos efectuados por el señor Diputado Vega Llanes, está claro que los jubilados y pensionistas hoy integran el Seguro Nacional Integrado de Salud. Lo que la Ley Nº 18.731 y el proyecto de ley actualmente a consideración del Parlamento logra es la incorporación al Seguro Nacional de Salud, que son dos conceptos diferentes. Con respecto a si existía o no la figura del Seguro Nacional de Salud, debo aclarar que el artículo 57 de la Ley Nº 18.211 específicamente lo crea. Dice así: "Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131 [...], con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud". Claramente la Ley Nº 18.211 reconoce y distingue tres conceptos: el Sistema Nacional Integrado de Salud, el Seguro Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud. Comparto la inquietud del señor Diputado Vega en cuanto a que estos tres conceptos no siempre se manejan con la precisión que correspondería. Pero son tres conceptos diferentes y, en este caso, lo que el proyecto prevé es la incorporación de jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud a través de un aporte al Fondo Nacional de Salud, que se hará cargo del costo de las cápitas.

Con respecto al planteo de que los afiliados a ASSE no están incluidos en el artículo 1º de este proyecto de ley, tenemos que remontarnos a la estructura y al diseño que dio la Ley Nº 18.731 para el ingreso de estos colectivos, en donde se distinguieron dos situaciones bien diferentes. El artículo 1º de la mencionada ley refiere a los jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre no contaban con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud -a este colectivo se le da determinado cronograma, como señalaba el señor Murro, en función de su edad y sus ingresos -y el numeral 2) del mismo artículo, a los jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 cuentan con cobertura integral de salud brindada por prestadores privados del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por lo tanto, el artículo 1º del proyecto, que modifica al artículo 3º de la Ley Nº 18.731, refiere al colectivo comprendido en el del numeral 2). Se trata exclusivamente de aquellos jubilados y pensionistas afiliados a un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por su parte, el artículo 3º reglamenta cómo se van a efectuar los aportes de este colectivo al FONASA. Luego hay un artículo específico que establece cómo se realizan los aportes del otro colectivo, del que no contaba con la cobertura de un prestador privado. Por lo tanto, es correcto que no se incluya en este artículo a quienes contaban con cobertura de ASSE, porque están contemplados en otro artículo de la Ley Nº 18.731.

Otra duda planteada por el Diputado Vega Llanes tiene que ver con el alcance de la devolución: en el caso de quienes habiéndose incorporado al Seguro Nacional de Salud opten por ASSE como prestador, también

aplica la devolución que es general. No refiere exclusivamente a jubilados y pensionistas, sino que es un régimen general para todas las personas aportantes al FONASA con cobertura del seguro. En ese caso se comparan los aportes que realizó con el costo promedio equivalente que para el seguro tiene su cobertura en ASSE y la situación es exactamente la misma: en ese caso, no hay tratamiento diferencial. Entonces, el artículo 1º del proyecto no está referido a quienes contaban con cobertura de ASSE, porque ellos están comprendidos en el colectivo del numeral 1) del artículo 1º de la Ley Nº 18.731, pero la devolución sí alcanza a todos quienes opten por un prestador privado, sea una Institución de Asistencia Médica Colectiva, un seguro privado, y también a quienes elijan a ASSE como prestador integral de salud.

**SEÑORA ALANIZ.- Voy a tratar de ser clara en este tema, que no es fácil. No es un asunto semántico: los efectos jurídicos de este artículo son realmente importantes.**

La Ley Nº 18.211 dice que la facultad sancionatoria de la Junta Nacional de Salud se determina por acto administrativo firme. Cuando leí eso me llamó la atención, porque no es usual encontrar un acto administrativo firme. Es más, hice una pequeña investigación y el único lugar en el que lo encontré fue en una facultad sancionatoria del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, que puede cerrar establecimientos mediante acto administrativo firme. Pero no lo encontré en el derecho nacional, ni en ningún otro lado. Inclusive, cuando el Ministerio de Salud Pública cierra establecimientos sanitarios, lo hace por acto administrativo común.

¿Qué significa "acto administrativo firme"? Es el acto que una vez dictado no se recurre -porque a la parte no le interesa hacerlo; por lo tanto, queda consentido -o, si es recurrido, se agota la vía administrativa ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Entonces, recién después que sale la sentencia del Tribunal se entiende que hay acto administrativo firme.

Digo al Diputado Abdala que en este caso no se aplicarían las disposiciones del Decreto Nº 500, en cuanto a que la parte solicite la suspensión de ejecución y la Junta la pueda levantar. Suponemos que los prestadores van a recurrir; en ese caso, la Junta no va a poder ejecutar el acto hasta que esté la sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, y para eso pueden pasar tres o cuatro años. No es un tema burocrático de demora de gestión, porque no le voy a decir al Tribunal: "No demore tanto". Hasta ese momento no se puede ejecutar una sanción por un tema jurídico y también doctrinario. Hice consultas con ex Ministros del Tribunal de la Contencioso Administrativo y con administrativistas de la Facultad de Derecho, y cuando nos reunimos con los prestadores llegamos al siguiente acuerdo. Las sanciones más graves -que pueden pasar por la suspensión de la cuota de salud en forma definitiva -las sanciones mayores o graves, son hechas por acto administrativo firme. O sea que tenemos que esperar hasta que termine el proceso final con el dictamen del Tribunal de lo Contencioso Administrativo. En cambio, las suspensiones temporarias por sanciones menores -las tenemos que reglamentar, aunque hay un decreto que las reglamenta-, pueden hacerse por acto administrativo simple. Por ejemplo, si la Junta dicta una observación, no tiene sentido hacer todo el proceso para ejecutarla. Bastaría un acto administrativo simple para ello.

Reitero que los efectos jurídicos son importantes; por eso hicimos este acuerdo según el cual se determinó que las sanciones menores se hicieran por un acto administrativo simple y se pudieran ejecutar de forma inmediata. El caso más grave es una suspensión definitiva que implicaría que la sociedad médica tuviera que cerrar. Entonces, se dan todas las garantías, independientemente de las del debido proceso, la vista, la notificación.

No quiero explayarme más, porque es un tema realmente complejo; simplemente he tratado de aclararlo desde el punto de vista práctico.

**SEÑOR ABDALA.- Creo que la explicación ha sido convincente. Queda claro que por más que el acto no esté firme, es recurrible: los administrados podrán interponer recursos, solicitar su suspensión y la Administración la otorgará o no en cada caso concreto.**

De todas formas, releyendo el artículo, advierto que el segundo inciso me genera dudas. No soy muy partidario de que las sanciones sean fijadas por el Poder Ejecutivo a su arbitrio, a través de la reglamentación. Me parece que daría más garantías que eso fuera materia legal, fundamentalmente en función de lo que

acabamos de decir: que el Poder Ejecutivo va a tener la más amplia discrecionalidad para aplicarlas y ejecutarlas.

**SEÑORA ALANIZ.- En realidad lo que se acordó es que, conjuntamente con los prestadores, nos sentáramos a redactar un decreto sobre este tema.**

**SEÑOR SANDER.- Aquí se manejó, por el artículo 1º, más o menos ciento noventa mil beneficiarios -jubilados y pensionistas -que actualmente pagarían de su bolsillo y treinta mil que, según dijo el Presidente Murro, pagarían por parámetro de edad e ingresos. También dijo que por cada peso pagado hoy el Estado pone cuatro. ¿Eso es por el tope del 25% o para los treinta mil que hoy no están en el sistema, o sea que no tienen una mutualista, e ingresarían en el nuevo?**

**SEÑOR VALLDECORBA.- Interpreto que el señor Murro se refirió en general a la situación de jubilados y pensionistas en el seguro. Este colectivo es netamente deficitario para el seguro, teniendo en cuenta la estructura relativa de cápitas definida en función de edad y sexo y los niveles de ingreso sobre los cuales se realizan aportes.**

Considerando que las jubilaciones y pensiones promedio se ubican aproximadamente entre los $ 10.000 y $ 12.000, uno concluiría que el aporte promedio que realiza el colectivo de jubilados y pensionistas al FONASA oscila en los $ 500. Notoriamente, al considerar promedios tenemos situaciones muy disímiles. De hecho, dentro de los que están ingresando ahora, el colectivo mayoritario de doscientos sesenta mil que a diciembre de 2010 contaban con cobertura de salud, a través de un prestador privado, tiene ingresos por jubilaciones muy superiores al promedio de jubilados y pensionistas: está aproximadamente en $ 18.000. Entonces, la situación es muy disímil pero, como decía, podríamos establecer un aporte promedio de unos $ 500 y eso lo podríamos comparar con el valor de la cápita que se le paga a estas personas que, claramente, varía según la edad y el sexo, desde niveles inferiores a los $ 2.000, hasta niveles superiores. No obstante, uno podría pensar que el costo promedio para el seguro de las cápitas de este colectivo supera los $ 2.000. Por lo tanto, hay una relación aproximada de cuatro a uno entre el costo para el seguro y los ingresos que este obtiene a través de los aportes que realiza este colectivo en general. Acá hay particularidades que tienen que ver con la transición, porque el costo y los ingresos no siempre son los mismos, pero convergiendo en que claramente este colectivo implica un costo elevado para el seguro, en parte financiado por otros colectivos superavitarios aportantes y por un aumento del déficit que va a tener el FONASA como consecuencia de la ampliación de la cobertura, que será asumido con aportes de Rentas Generales.

**SEÑOR SANDER.- ¿A cuánto va a ascender ese déficit?**

**SEÑOR VALLDECORBA.- Este tema se abordó oportunamente, cuando se discutió la Ley Nº 18.731, que determinó el ingreso de este colectivo. Luego hemos ido introduciendo ajustes en función de mejorar la información de que disponemos y de la propia evolución de las variables económicas y demográficas referidas a este colectivo. En este momento estamos considerando que la incorporación prevista en la Ley Nº 18.731, respecto a jubilados y pensionistas, va a tener un costo de unos US$ 50:000.000 durante 2012, por los seis meses que van a transcurrir de este año; y si consideramos el acumulado de aquí a 2016, estamos hablando de un costo de unos US$ 270:000.000 para todo el proceso de incorporación de este colectivo desde julio de 2012 a julio de 2016, cuando culmine la incorporación de colectivos y la transición en el régimen de aportes y pagos de cápitas.**

**SEÑOR ASTI.- Para complementar la información, quisiera saber cuál es el resultado actual -o a la fecha en que se haya cerrado -del Fondo Nacional de Salud.**

**SEÑOR VALLDECORBA.- El resultado del último ejercicio cerrado del FONASA del año pasado, determinó un déficit a cubrir por Rentas Generales del orden de los $ 1.200:000.000, o sea, aproximadamente US$ 60:000.000. Tengamos en cuenta que como producto del conjunto de incorporaciones que se están procesando a partir de las Leyes Nº 18.731 y Nº 18.732, existen colectivos que van a determinar una contribución positiva al financiamiento del seguro. Por lo tanto, el resultado final proyectado no es la suma del costo de incorporación de pasivos y el déficit actual.**

**SEÑOR POSADA.- Quisiera saber cómo inciden las devoluciones previstas con respecto a ese déficit al cual se hacía referencia.**

**SEÑOR VALLDECORBA.- Aquí nos estamos manejando con cifras estimadas porque el BPS todavía no ha procesado el conjunto de declaraciones juradas, en particular, de los contribuyentes que no están en relación de dependencia. Por lo tanto, no tenemos un primer dato real sobre el impacto de esta disposición.**

Debemos manejarnos con mucha cautela en la medida que las estimaciones se realizan a partir del procesamiento de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares que tiene un margen de error importante, ya que en la información sobre ingresos que de allí se deriva, puede haber algunas diferencias con respecto a lo que efectivamente perciben los beneficiarios del FONASA. De todas maneras, una primera estimación con la cual estamos trabajando, el cambio en el régimen de financiamiento, a partir de la devolución de los aportes que excedan al costo promedio equivalente -incrementado en un 25%-, indicaría un costo del entorno de los $ 750:000.000 o $ 800:000.000 o sea, aproximadamente US$ 37:000.000 o US$ 38:000.000. Estamos hablando de temas que fueron aprobados en el marco de la Ley Nº 18.731. En ese sentido, esta sería la mejor estimación que podemos efectuar al día de hoy. Seguramente en el correr del mes de julio vamos a tener datos más concretos sobre el monto que efectivamente se va a devolver que será parcial porque, en definitiva, para algunos colectivos va a referir solo a los seis meses en los cuales estuvieron incluidos en el seguro. La primera indicación de cuán afinada es la estimación con la cual estamos trabajando surgirá a partir de los datos de la Encuesta Continua de Hogares.

**SEÑOR POSADA.- Esta estimación que se hace de las devoluciones, ¿debería sumarse al déficit de 60:000.000 del sistema?**

**SEÑOR VALLDECORBA.- En realidad, deberíamos considerar el impacto que tiene el conjunto de las medidas que fueron aprobadas en el marco de la Ley Nº 18.731. Efectivamente, tiene distintos impactos en materia de costos e ingresos para el seguro. Por mencionar algunos de esos impactos, debemos tener en cuenta el de la extensión de la cobertura para los hijos de padres desocupados, que claramente implica un costo fiscal; el de la extensión de las unipersonales de dos a cuatro dependientes; el de la incorporación de profesionales; el de la incorporación de quienes estaban amparados por la Caja Notarial; el de la incorporación de quienes tenían cobertura en la Caja de Auxilio: colectivos que en estos últimos casos resultan superavitarios para el seguro. Particularmente en el caso de los escribanos -en general de los que tenían cobertura en la Caja Notarial y en las Cajas de Auxilio -el régimen de transición, previsto en la Ley Nº 18.731, va a ser crecientemente superavitario, en la medida en que inicialmente el aporte que realizan estos colectivos al FONASA para el financiamiento del seguro es parcial y una parte, mayoritariamente al comienzo, se destina a las Cajas de Auxilio y al fondo notarial; luego esos porcentajes van creciendo a favor del FONASA.**

Por lo tanto, el cambio de financiamiento significa una reducción de los ingresos que obtiene el FONASA, y el impacto global final va a depender de la suma del efecto de todas las incorporaciones, incluido el propio aumento en el salario real de los trabajadores y, por lo tanto, del nivel de aportes que realizan los trabajadores dependientes. El conjunto de estos factores explicativos son los que van a determinar el resultado que el FONASA presentará este año y en los sucesivos.

**SEÑOR POSADA.- Cuando se habla de los US$ 60:000.000, ¿se tienen en cuenta todos estos impactos?**

**SEÑOR VALLDECORBA.- Los US$ 60:000.000 refieren al resultado de caja 2011. Por lo tanto, no incluyen los efectos de la incorporación de colectivos, porque se procesaron después, ni el efecto de la devolución, porque se va a realizar en el presente año.**

**SEÑOR ABDALA.- Quisiera hacer una consulta en relación a un aspecto que hace pocos días conversamos con el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social en el ámbito de la Comisión de Seguridad Social. Desde el año 1996 los jubilados están siendo gravados por un impuesto del 1% de sus pasividades, que en su momento se dispuso para financiar la cuota mutual del segmento de los jubilados de menores ingresos. Este impuesto, por lo menos con esa finalidad, obviamente perdió razón**

**de ser en el año 2007 con el advenimiento del Seguro Nacional de Salud, en función de que ese colectivo de los jubilados y pensionistas fue el que se incorporó primero. El señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social nos adelantó el propósito del Poder Ejecutivo de eliminar ese impuesto del 1% que, según tengo entendido, hasta ahora ha venido recaudando aproximadamente US$ 15:000.000 por año; no tengo la cifra precisa.**

Quisiera saber qué destino han tenido los US$ 15:000.000 que se han venido recaudando -repito que ya llevamos varios años de recaudación desde la vigencia del nuevo modelo-, si están destinados a financiar el sistema o tienen un destino diferente.

Por otra parte, quiero saber si efectivamente, como adelantó el señor Ministro Brenta, el Gobierno se propone derogar ese impuesto que, desde mi punto de vista, es lo que correspondería por una razón de justicia tributaria. ¿El Ministerio de Economía y Finanzas está trabajando en una propuesta de esas características? ¿El Poder Ejecutivo efectivamente está por remitir un proyecto de ley relativo a ese tema al Parlamento?

**SEÑOR VALLCORBA.- Con respecto al aporte del 1%, quienes ingresan al seguro dejan de aportar ese porcentaje y pasan a aportar según el régimen general. Por lo tanto, estos 190.000 jubilados y pensionistas que se incorporarían dejarían de aportar ese 1%. Ese porcentaje constituye una fuente del financiamiento del FONASA; es parte de los ingresos de los cuales se nutre el FONASA y que están incluidos en la rendición de cuentas que este realiza.**

Efectivamente, el futuro del 1% ha sido motivo de conversaciones en los distintos ámbitos que integramos junto con las organizaciones, en particular con las representativas de jubilados y pensionistas. En todos estos lugares hemos manifestado lo que señaló el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social en cuanto a la voluntad del Poder Ejecutivo de avanzar en esa dirección. El compromiso concreto que el Poder Ejecutivo ha asumido es que una vez procesada la incorporación de los jubilados y pensionistas, teniendo clara la cantidad de personas que efectivamente se incorporará al seguro y la de quienes permanecerán transitoriamente por fuera, se evaluará el impacto económico que tendría la eliminación del 1%. Por lo tanto, el acuerdo al que hemos llegado con la ONAJPU implica continuar trabajando sobre este punto. Seguramente en el mes de agosto tendremos las cifras de las renuncias iniciales que se hayan efectuado -aunque podrán procesarse otras más adelante-, y considerando cuántos jubilados y pensionistas ingresaron al seguro también podremos tener una estimación del sacrificio fiscal que implicaría dejar de recaudar ese 1%. En función de eso, se tomarán las decisiones que corresponda.

**SEÑOR ABDALA.- Entonces, esa evaluación se haría este año, una vez que se implemente la incorporación de los jubilados y pensionistas que está previsto ingresen este año.**

**SEÑORVALLDECORBA..- Correcto. En particular, debemos tener en cuenta cuánto representa la recaudación del 1% sobre aquellos jubilados y pensionistas que no se incorporaron al seguro. A partir de ello podremos evaluar si la suspensión del 1% será inmediata y total o si se establece algún cronograma de reducciones. Habrá que evaluarlo en función del costo que signifique, luego de que tengamos cifras más claras.**

**SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de nuestros invitados.**

(Se retira de Sala la delegación de los Ministerios de Economía y Finanzas, y de Salud Pública, y los integrantes de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social)

—— En la sesión anterior se dijo que este proyecto sería tratado -y aprobado, de ser posible -en el día de mañana por la Comisión.

**SEÑOR MUJICA.- ¿Ingresaría al plenario en el día de mañana?**

**SEÑOR PRESIDENTE.- Efectivamente. Por lo tanto, los convocamos para mañana a la hora 10.**

Se levanta la reunión.